



FICHA DE SALUD.

Nombre del Alumno: _____ RUN _____

Fecha Nacimiento: _____ Curso _____ Fono: _____ Comuna: _____

Dirección: _____

Indique el nombre, parentesco y teléfono a quien llamar en caso de emergencia.

<u>Nombre</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Fonos</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

ANTECEDENTES DE SALUD.

VACUNAS. Completar cuadro vacunas alumnos desde Jardín Lúdico a 8° básico, **marque con un ticket las vacunas en la edad recibida.** Los alumnos nuevos y extranjeros deben presentar fotocopia del **CERTIFICADO DE VACUNAS.**

<u>Nombre Vacunas</u>	<u>Edad</u>	<u>Edad</u>	<u>Edad</u>	<u>Edad</u>	<u>Edad</u>
BCG	Recién Nacido				1° básico
DPT	2 meses	4 meses	6 meses	1 año 6 meses	4 años
Pentavalente	2 meses	4 meses	6 meses	1 año 6 meses	
Polio Oral	2 meses	4 meses	6 meses	1 año 6 meses	4 años
Hemophilus Influenzae b	2 meses	4 meses	6 meses		
Hepatitis B	2 meses	4 meses	6 meses		
Tres vírica				1 año	1° básico
Antimeningocócica					
Neumocócica Conjugada					
Toxoide DT					2° básico
VPH					Niñas 4° básico
DTP					1° básico 8° básico
Otras Vacunas: anote nombre de la vacuna Y edad de administración					

ALERGIAS: Marque con un ticket si su hijo (a) tiene alguna alergia, especificando a que **alérgeno** o cual es la causa de ella.

Alergia:

Medicamentos que le provocan alergia [si] [no] Cuáles _____

Alimentos [si] [no] Cuáles _____

Respiratoria [si] [no] Cuáles _____

Otras alergias [si] [no] Cuáles _____



ANTECEDENTES DE: En caso de presentar cualquiera de los siguientes cuadros clínicos, marque SI y especifique el tratamiento médico, indicando nombre del medicamento y dosis, o uso de aparatos y/o prótesis (lentes, plantillas, corsé, audífonos) cuando corresponda. Si ha tenido alguna de estas enfermedades infecto contagiosas.

Crisis convulsivas febriles	[si] [no] _____	<u>Enfermedades infecto contagiosa.</u>	
Epilepsia	[si] [no] _____	Varicela	[si] [no]
Desmayos	[si] [no] _____	Escarlatina	[si] [no]
Cefaleas o Jaquecas	[si] [no] _____	Mononucleosis	[si] [no]
Patologías Cardíacas	[si] [no] _____	Parotiditis o Paperas	[si] [no]
Asma	[si] [no] _____	Otras	[si] [no]
Problemas oftalmológicos	[si] [no] _____	Cuales:	_____
Problemas auditivos	[si] [no] _____		_____
Problemas ortopédicos	[si] [no] _____		
Otras:	_____		

HOSPITALIZACIONES:

<u>Fecha</u>	<u>Causa</u>
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS EN CASO DE: Cefalea (dolor de cabeza), fiebre, dolor estómago, dolor menstrual **sólo se administrarán si los padres han adjuntado a la ficha de salud la prescripción médica por escrito** y envían las dosis del fármaco a administrar a la unidad de enfermería.

Nota: El medicamento será administrado sólo por una vez, si no ceden los síntomas el alumno debe retirarse a su domicilio.

SEGURO ESCOLAR:

Seguro Escolar Privado en: _____

Si el alumno no cuenta con Seguro Privado y sus padres no han sido ubicados, será trasladado por el Colegio, sólo en caso de urgencia con riesgo vital a:

*Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, si es menor de 15 años.

*Hospital Del Salvador o Servicio de Urgencia de Ñuñoa, si es mayor de 15 años.

Nombre Apoderado _____ RUN _____

Fecha _____

Firma _____